

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

# **ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ**

Материалы 69-ой научной сессии сотрудников университета

29-30 января 2014 года

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431+52.82я431  
Д 70

**Редактор:**

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

**Заместитель редактора:**

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

**Редакционный совет:**

Профессор В.Я. Бекиш, профессор Г.Н. Бузук,  
профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский,  
профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич,  
д.м.н. Л.М. Немцов, профессор В.П. Подпалов,  
профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов,  
доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова,  
доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик,  
ст. преп. Л.Н. Каныгина.

ISBN 978-985-466-694-5

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431+52.82я431

ISBN 978-985-466-694-5

© УО “Витебский государственный  
медицинский университет”, 2014

# КОМПЛЕКСНАЯ СЕКСОЛОГО-ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА УСТАНОВЛЕНИЯ СПОСОБНОСТИ МУЖЧИНЫ К СОВЕРШЕНИЮ ПОЛОВОГО АКТА

*Кулинчик Н.И., Балашов А.Д., Тетюев А.М.*

*Управление Государственного комитета судебных экспертиз  
Республики Беларусь по Могилевской области  
УО «Витебский государственный медицинский университет»*

**Актуальность.** В случаях совершения преступлений против половой неприкосновенности у следствия иногда возникает вопрос о способности мужчины к совершению полового акта. В таких случаях экспертам необходимо установить, есть ли у подозреваемого какие-либо аномалии сексуальности, препятствующие совершению полового акта, а при их выявлении дать им диагностическую и экспертную оценки.

**Цель.** Проанализировать практику разрешения вопросов о способности мужчин к совершению полового акта в ходе производства судебных экспертиз.

**Материал и методы.** Проанализированы судебные экспертизы, выполненные в отношении 49 лиц мужского пола в подразделениях управления Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь по Могилевской области.

**Результаты и обсуждение.** Все проанализированные экспертизы были разделены на 2 группы. В одну группу вошли экспертизы в отношении 38 человек, которые сообщили экспертам об отсутствии проблем в копулятивном цикле и (или) при совершении полового акта. В другую группу вошли экспертизы в отношении 11 человек, которые заявили экспертам о наличии проблем в копулятивном цикле и/или неспособности к совершению полового акта. У лиц первой группы была проведена обычная судебно-медицинская экспертиза (без участия психолога и/или психиатра), которая констатировала отсутствие анатомических аномалий, препятствующих совершению полового акта. Во второй группе у подэкспертных также не установлено анатомических изменений, препятствующих совершению полового акта, однако с учетом заявлений подэкспертных об их неспособности к совершению полового акта, было рекомендовано проведение медицинской судебной экспертизы с участием эксперта-сексолога. По результатам сексологического исследования у 10 обследуемых были выявлены нарушения психической составляющей копулятивного цикла: тревожно-депрессивные расстройства, обсессивно-компульсивное расстройство, нарушение половой идентичности, акцентуация и трансформация поло-ролевого поведения. У одного подэкспертного пароксизм гиперсексуальности был отмечен на фоне височной эпилепсии с тотальной асексуальностью вне пароксизмального состояния.

Существующий подход к установлению способности к совершению полового акта медицинскими судебными экспертами общего профиля в настоящее время представляется весьма упрощенным. Он не учитывает таких явлений, как половое самосознание, сексуальные девиации и парафилии, при которых расстройства копулятивных функций могут быть обусловлены психогенно, а способность

к эрекции появляется ситуационно при наличии соответствующего сексуального раздражителя. Таким раздражителем далеко не обязательно является лицо противоположного пола, им может быть любой неодушевленный фетиш. С другой стороны, лицо противоположного пола никогда не может стать объектом сексуального влечения при истинном гомосексуализме, который согласно МКБ-10 не относится к аномалиям сексуальности. Вместе с тем удельный вес лиц с гомосексуальной ориентацией в общей популяции достигает 2–5 % [1].

При сообщении подозреваемым о том, что он не может совершать половые акты из-за отсутствия эрекции, преждевременного семяизвержения, по каким-либо другим причинам, следствию необходимо рекомендовать назначение комплексной судебной сексолого-психолого-психиатрической экспертизы.

Ответственными за последовательную реализацию стадий копулятивного цикла человека являются определенные анатомо-физиологические комплексы (функциональные блоки), которые Васильченко Г.С. назвал составляющими копулятивного цикла. У мужчин их выделяется четыре [2]: нейрогуморальная, психическая, эрекционная и эякуляторная.

Нарушение способности к полноценному половому акту – это распространенное сексуальное расстройство, затрагивающее не менее 50% зрелых мужчин. При этом органические дисфункции, которые могут быть установлены экспертом общего профиля, являются причиной неспособности к половому акту только в 15% случаев. В 85% случаев причины дисфункции психогенно обусловлены (партнерские проблемы, стрессы, страх, наличие психических расстройств в форме сексуальных девиаций и парафилий). Они не диагностируются при оценке способности к половому акту в ходе проведения обычной судебно-медицинской экспертизы. У некоторых мужчин нормальная эрекция возникает лишь при девиантных формах полового поведения или в результате соответствующих мастурбаторных фантазий. Диагностика перечисленных выше нарушений состоит в прямой компетенции эксперта-сексолога и эксперта-психиатра и выходит за пределы компетенции медицинских судебных экспертов общего профиля. Перечисленные аномалии сексуальности относятся к разряду психических расстройств, диагностика которых возможна исключительно психиатром. Психолог шире и глубже анализирует личность обследуемого, мотивы его поведения в криминальной ситуации. Во многих случаях его исследование позволяет точнее диагностировать и дифференцировать фон, на котором возникли сексуальные нарушения

у подэкспертного (органический, психогенный) [3].

**Выводы.** Таким образом, для того, чтобы вывести медицинскую судебную экспертизу оценки способности мужчины к совершению полового акта на качественно новый, современный уровень, ей нужно придать статус комплексной судебной сексолого-психолого-психиатрической экспертизы, а также инициировать разработку правил проведения подобных экспертиз.

#### **Литература:**

1. Кришталь, В.В. Сексология: в 4 ч. / В.В. Кришталь, С.Р. Григорян. — Харьков: Академия сексологических исследований, 1999. — 1152 с.

2. Ткаченко, А. А. Введение в судебную сексологию / А. А. Ткаченко // Медицинская и судебная психология: курс лекций, под. ред. Т. Б. Дмитриевой, Ф. С. Сафуанова. — 2-е изд., испр. — М.: Генезис, 2005. — С. 242–265.

3. Дворянчиков, Н.В. Психологическое исследование в судебной сексологии / Н.В.Дворянчиков // Мед. и судеб. психология: курс лекций, под. ред. Т. Б. Дмитриевой, Ф. С. Сафуанова. — 2-е изд., испр. — М.: Генезис, 2005. — С. 78–98.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА МЕКСИБЕЛ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ВЫЗВАННЫХ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ ОСТРЫХ ДИСКИНЕТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.**

**Ладик Б.Б., Богданов А.С.**

*УО «Витебский государственный медицинский университет»*

**Актуальность.** Использование для лечения психических заболеваний нейролептических средств, кроме терапевтического эффекта, вызывает ряд побочных соматоневрологических нарушений, наиболее частыми из которых являются экстрапирамидные и дискинетические расстройства [2]. Они могут возникать в различные временные периоды лечения – в начале, в процессе и в позднем периоде, иногда приобретая необратимый характер. Одним из них является синдром ранней острой дискинезии, или синдром Куленкамппфа-Тарнова (С. Kulenkampff, G. Tarnow) [3]. Характерно приступообразное напряжение мышц лица, глотки, насильственное высывание языка, затруднение глотания, дыхания и речи, насильственный поворот головы в сторону или запрокидывание ее назад, окулогирный кризис. Спазм мускулатуры сопровождается выраженными болевыми ощущениями. Обычно наблюдается в начале курса лечения нейролептиками. Для его устранения используют подкожное введение 2мл 20% раствора кофеина или 2мл 0,1% раствора сернокислого атропина.

**Цель.** Определить эффективность препарата мексibel для устранения синдрома ранней острой дискинезии. В медицинской практике мексibel показан при нарушениях мозгового кровообращения, когнитивных расстройствах, интоксикациях, расстройствах памяти и интеллектуальной недостаточности, тревожных расстройствах при невротических состояниях, абстинентном синдроме при алкоголизме, остром отравлении нейролептиками и др.

**Материал и методы.** Обследовано 42 пациента, проходивших антипсихотическое лечение нейролептиками в условиях психиатрического стационара; мужчин – 37, женщин – 5 человек. Средний возраст составлял  $25 \pm 6,4$  года. Для лечения в основном использовались типичные нейролептики (галоперидол, трифтазин), а также атипичные (клозапин, рисполепт, клопиксол) и др. 85% пациентов лечение получали впервые, остальные – проходили повторные курсы терапии. Как правило, у паци-

ентов проходивших повторные курсы лечения, на предыдущих курсах, отмечались, различной степени выраженности, побочные действия препаратов. Методом клинического наблюдения фиксировалось время появления острой дискинезии, степень выраженности и продолжительность дискинетических расстройств, а также их прекращение на фоне применения мексibела.

**Результаты и обсуждение.** Было установлено, что у пациентов впервые получавших психофармакотерапию нейролептиками средний возраст находился в пределе 18-24 лет. Психопатологическая симптоматика характеризовалась преимущественно наличием полиморфных расстройств шизофренного регистра. Начальные дозы назначенного препарата не отличались от таковых у других пациентов, соматоневрологическое обследование не обнаруживало каких-либо отклонений. Начальные проявления острой дискинезии, как правило, возникали после 2-х – 3-х дневного приема нейролептика, характеризовались чувством тревоги, дискомфортом, и нарастающим напряжением мышц шеи, лица, мимической, жевательной и глотательной мускулатуры, насильственным высыванием языка из ротовой полости, затруднением дыхания. Нарастание дискинетических нарушений происходило достаточно быстро, в течение 1–2х часов, достигая состояния тризма жевательной мускулатуры с резко ограниченными или полностью отсутствующими движениями нижней челюсти, нарушением речи и приема пищи, слюнотечением, расстройствами дыхания, выраженным нервно-психическим напряжением. При развитии окулогирного криза взгляд становился неподвижным, после чего происходило непроизвольное движение глазных яблок, чаще всего вверх, отмечалась боль в области глаз. Опиостотонус шейных мышц сопровождался запрокидыванием головы назад [1].

Возраст пациентов, которым ранее проводилась нейролептическая фармакотерапия, находился в диапазоне 20 – 32 лет; у них обострение заболевания возникало на фоне прекращения приема пре-